



Parents as Teachers AZ Family Health Project Recruitment Form

Forma de Inscripción de Padres como Maestros



SUPPORTED BY

FIRST THINGS FIRST

English: 520-545-3381 Spanish: 520-545-3382 5445 S. Alvernon Way 85706 www.tucsonpat.org

We are working with the Arizona Family Health Project to manage our new enrollments. By completing this form, you give permission to forward your information to the Child Development Specialist assigned to our region. They will call you within 48 hours. If you have any questions regarding the Arizona Family Health Project, you can reach their staff at 1-833-761-2048

Estamos trabajando con el Proyecto de Salud Familiar de Arizona para administrar nuestras nuevas inscripciones. Al completar este formulario, usted da permiso para enviar su información al Especialista en Desarrollo Infantil asignado a nuestra región. Le llamarán dentro de las 48 horas. Si tiene alguna pregunta sobre el Proyecto de Salud Familiar de Arizona, puede llamar al 1-833-761-2048.

- Yes, I am interested in enrolling in the Sunnyside Parents as Teachers Program.
(Sí, me gustaría inscribirme en el programa Padres como Maestros de Sunnyside.)
- My family participates in the Substance Exposed Newborn Safe Environment (SENSE) Project
(Mi familia participa en el proyecto de ambiente seguro para recién nacidos expuestos a sustancias (SENSE) (por sus siglas en inglés.)
- We are a foster care family (familia participando en el cuidado temporal)
- My family lives on tribal lands (mi familia vive en tierras tribales)
- My youngest child is less than 4 years old (mi hijo menor tiene menos de 4 años)
- My family participates in another home visiting program (mi familia participa en otro programa de visitas al hogar)

Mother's Full Name (Nombre completo de la Mamá): Birthdate (Fecha de Nacimiento):

Father's Full Name (Nombre completo del Papá): Birthdate (Fecha de Nacimiento):

Legal Guardian Full Name (Nombre completo del Tutor): Birthdate (Fecha de Nacimiento):

Address (Dirección):

City (Ciudad): State (Estado): Zip Code (Código postal):

Cell Phone (Teléfono móvil): Home Phone (Teléfono de casa):

Email (Dirección de correo electrónico): Home Language (Idioma del hogar):

Child or Children's Name(s) – (Nombre del niño(s)) Birthdate(s)/Due Date- (Fecha(s) de nacimiento/Fecha programada de parto)

M F

M F

M F

Referred By:

Referred From:

- I agree my information may be shared for referral purposes only (Acepto que mi información puede ser compartida solo para fines de referencia)

Signature (firma):

Date (fecha):

For Staff Use /Event Type:

Please circle: Phone call Website Family District Event